

## PREMIER RECOURS THERAPEUTIQUE DES ADOLESCENTS REÇUS AU SERVICE D'HYGIENE MENTALE DE L'INSP D'ABIDJAN

### First therapeutic recourse of the teenagers received to the service of Mental Hygiene of the INSP of Abidjan

YAO Y.P.<sup>1</sup>, YEO-TENENA Y.J.M.<sup>2</sup>, TETCHI E.O.<sup>3</sup>, ASSI-SEDCI C.<sup>4</sup>, BOMBO Y.F.P.<sup>5</sup>, KOUAME L.M.<sup>6</sup>, SORO S.J.C.<sup>6</sup>, DELAFOSSE R.C.J.<sup>7</sup>

1-Médecin - Psychiatre ; 2-Maitre-Assistant en Psychiatrie; 3-Médecin - Interne des Hôpitaux publics d'Abidjan ; 4-Assistante chef de clinique en Pédopsychiatrie ; 5-Médecin; 6-IDES en Psychiatrie.; 7-Professeur titulaire de Psychiatrie, Chef du Service d'Hygiène Mentale - Institut National de Santé Publique (INSP) d'Abidjan. BPV 47 Abidjan

**Tiré à part :** Dr YAO YAVO PATRICE, Médecin - Psychiatrie - adresse ci dessus / Tél: (225) 20 22 44 04 - Poste 235; E Mail: [yaovavo@yahoo.fr](mailto:yaovavo@yahoo.fr)

#### RESUME

**Introduction :** Les soins de santé en Afrique se caractérisent de plus en plus par une offre croissante, tant par son volume que par la diversité de ses formes (soins « traditionnels », pratiques thérapeutiques liées à la religion, médecine de type occidental). La demande de soins psychiatriques est élevée chez l'adolescent (25,34%) et suscite la description de l'itinéraire thérapeutique des adolescents au Dispensaire d'Hygiène Mentale.

**Matériel et Méthodes :** L'étude prospective à visée descriptive s'est déroulée au Service d'Hygiène Mentale de l'INSP d'Abidjan du 1<sup>er</sup> juillet au 31 novembre 2005. Les données socio-épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été analysées chez 27 adolescents reçus en consultation ambulatoire en 2004.

**Résultats :** Il ressort des interviews structurées, les observations suivantes :

- une prédominance masculine (66,7%) ;
- la majorité des adolescents (63%) était des élèves et étudiants, de religion chrétienne (55,6%) ;
- 63% des adolescents ont été référés par leurs familles fréquemment pour délires (22,2%) et insomnies (22,2%) ;
- une prédominance des sujets schizophrènes (40,7%) suivis des troubles de l'humeur 25,9% ;
- Aucun patient n'avait eu recours en première intention au DHM ; les premiers recours étant dominés par la tradithérapie (33,3%) suivis des centres de soins conventionnels (25,5%) et des églises et camps de prières (18,5%).

**Conclusion :** Il ressort de cette étude que le profil des adolescents était de sexe masculin, pour la plupart des élèves et des étudiants. Aussi, la majorité des patients ont été référés par leur famille et la schizophrénie représentait la principale pathologie. La tendance à choisir en premier recours les tradithérapeutes devrait interpeller les autorités sur la nécessité de mettre en pratique des recommandations de consensus pour améliorer l'état de santé mentale des adolescents.

**Mots clés:** adolescent - itinéraire thérapeutique - hygiène mentale - trouble mental.

#### SUMMARY

**Introduction:** The care of health in Africa is characterized more and more by an increasing offer, as well by its volume as by the diversity of its forms ("traditional" care, practise therapeutic related to the religion, medicine of the Western type). The request for psychiatric care is high at the teenager (25,34%) and causes the description of the therapeutic route of the teenagers to the Dispensary of Mental Hygiene.

**Material and Methods:** The exploratory study with descriptive aiming proceeded with the Service of Mental Hygiene of the INSP of Abidjan of July 1 at November 31, 2005. The data socio epidemiologic, clinical, paraclinic and therapeutic were analyzed at 27 teenagers received in ambulatory consultation in 2004.

**Results:** It arises from the structured interviews, the following observations: - a male prevalence (66,7%); - the majority of the teenagers (63%) was pupils and students, of Christian religion (55,6%); - 63% of the teenagers were referred by their families frequently for are delirious (22,2%) and insomnia (22,2%); - a prevalence of the schizophrenic subjects (40,7%) followed disorders of mood 25,9%; - No patient had had resort as a first intention with the DHM; the first recourse being dominated by the tradithérapie (33,3%) followed centers of conventional care (25,5%) and churches and camps of prayers (18,5%).

**Conclusion:** He comes out from this study that the profile of the teenagers was of male sex, for the majority of the pupils and the students. Also, the majority of the patients were referred by their family and schizophrenia represents principal pathology. The tendency to choose in first resort the healers should challenge the authorities on the need into practice for putting recommendations of consensus to improve the mental health of the teenagers.

**Key words:** teenager - therapeutic route - mental hygiene - mental disorder.

## INTRODUCTION

Les soins de santé en Afrique se caractérisent de plus en plus par une offre croissante, tant par son volume que par la diversité de ses formes. Aux multiples formes de soins « traditionnels » sont progressivement venus s'ajouter des pratiques thérapeutiques liées à la religion puis à la médecine de type occidental avec la colonisation et les missions. Face à la maladie, les sociétés humaines ont toujours recouru aux diverses formes de soins de santé disponibles dans leur environnement. Ainsi La divination, l'oracle, le pronostic sont liés au fonctionnement des systèmes de santé favorisant la cohabitation de plusieurs médecines [2].

En Côte d'Ivoire, malgré les campagnes de sensibilisation pour favoriser le recours aux structures sanitaires de la médecine moderne, l'attachement des populations aux thérapies traditionnelles demeure toujours d'actualité.

D'après les études effectuées [1 ; 3], la demande de soins psychiatriques est élevée chez l'adolescent (25,34%). Période charnière entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescent est marqué par des positions changeantes, fluctuantes qui constituent la « crise d'adolescence » [11 ; 14].

En vue de comprendre les orientations des adolescents en matière de santé mentale, la présente étude a été menée avec comme objectif général la description de l'itinéraire thérapeutique des adolescents au Dispensaire d'Hygiène Mentale.

## MATERIELS ET METHODES

**I-1-Cadre de l'étude :** L'étude s'est déroulée au Dispensaire d'Hygiène Mentale (DHM) de l'Institut National de la Santé Publique (INSP). Centre de soins ambulatoires et de relais aux Hôpitaux Psychiatriques, le DHM est situé au Plateau, commune principale du District d'Abidjan (Rép. Côte d'Ivoire) ; il a pour but d'améliorer l'assistance psychiatrique en Côte d'Ivoire.

**I-2-Type et durée de l'étude :** Il s'agit d'une étude prospective à visée descriptive portant sur des adolescents suivis en consultations externes au DHM du 1<sup>er</sup> juillet 2005 au 31 novembre 2005 ; soit cinq mois.

**I-3-Population d'étude :** La population d'étude était constituée de sujets âgés de 16 à 22 ans et qui avaient consulté au DHM pour la première fois en 2004. Sur un total de 1695 dossiers de nouvelles consultations du DHM, 237 concernaient les adolescents (13,98%) dont 27 dossiers complets ont été retenus (11,39%).

**I-4-Méthodes :** Le recueil des données a consisté à répertorier les dossiers de tous les nouveaux consultants pour la période d'étude choisie. Il s'est agi de recueillir certaines informations dans le registre d'admission et

dans les dossiers cliniques à l'aide de la fiche d'enquête et d'un lexique. En outre, une enquête par un entretien structuré et semi-direct avec les patients a été nécessaire.

Les données ont été donc recueillies à l'aide d'un questionnaire individuel comportant les caractéristiques socio-épidémiologiques, les caractéristiques cliniques et paracliniques et les traitements.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS. A l'aide de ce logiciel, nous avons réalisé une description simple des différentes variables étudiées, ainsi qu'une analyse utilisant les tests statistiques de Chi deux et de Fisher au seuil de signification de 5 %.

## RESULTATS

Les patients de sexe masculin prédominaient (66,7%) (Tableau I). La moyenne d'âge des adolescents était de 19,7 ans avec une proportion élevée d'adolescents de 22 ans (33,3%) (Tableau II). Les élèves et étudiants étaient majoritaires (63 %), les patients sans profession (22,2%) et 14,8% dans le secteur informel (commerçant, coiffeur, couturier, artisan). Et plus de 7 patients sur 10 pratiquaient une religion dont 55,6% de religion chrétienne. La plupart des patients (81,4%) résidaient à Abidjan (Tableau III). Le revenu mensuel de la majorité des parents des patients (62,9%) était supérieur à 100 000 francs CFA. La majorité des patients étaient adressés par leurs familles (63%). Les motifs de consultation les plus fréquents (44,4%) étaient à proportions égales : les insomnies et les idées délirantes suivis des hallucinations et des crises convulsives (11,1%). L'analyse de la répartition des patients selon les antécédents psychiatriques révélait que la majorité (63%) n'avaient pas d'antécédents psychiatriques contre 37% d'antécédents psychiatriques. De plus, 40,7% des patients avaient des antécédents psychiatriques familiaux. Le diagnostic le plus rétenu était la schizophrénie (40,7%) suivie de la dépression (14,8%). Selon l'interprétation familiale de la maladie, elle était d'origine mystique pour 48,1% des parents contre 51,9% d'origine naturelle. La plupart des patients (70,4%) avaient eu une durée de prise en charge comprise entre 6 et 12 mois tandis que chez 18,5% des patients, elle était inférieure à 6 mois supérieure à 12 mois pour 11,1%. La majorité des patients (55,6%) avaient eu au moins deux consultations antérieures. Aucun patient n'avait eu recours en première intention au DHM ; les premiers recours étant dominés par la tradithérapie (33,3%) suivis des centres de soins conventionnels (25,5%) et des églises (18,5%). Le tableau IV donne la répartition des diagnostics, des revenus, des religions, de

l'interprétation familiale de la maladie en fonction de la première orientation thérapeutique des patients. Les patients ayant un faible revenu mensuel inférieur à 100 000 francs cfa fréquentaient préférentiellement les tradipraticiens en première intention. Par contre ceux dont le revenu étaient supérieurs à 200 000 francs cfa préféraient les centres de soins conventionnels.

## DISCUSSION

### 1- Caractéristiques socio-épidémiologiques :

La population d'étude était constituée de 27 patients adolescents dont 66,7% étaient de sexe masculin ; soit une sex-ratio de 2 en faveur ce sexe (Tableau I). Ces résultats sont proches de Atté [4] et Yao [15] qui ont trouvé respectivement 65,8% et 57,8%. Lesquels résultats pourraient traduire une incidence élevée des troubles psychiatriques chez les garçons.

La répartition des patients selon l'âge révèle une prédominance des sujets âgés de 22 ans avec 33,3% (Tableau II). La tranche d'âge de 18 à 22 ans est la plus représentée car à cette période les adolescents sont soumis aux préoccupations sur l'avenir, les études, la gestion d'une situation affective ou familiale, les problèmes d'identité ou d'insertion dans un groupe. Ces multiples sollicitations sont parfois éprouvantes tant sur les plans émotionnels qu' affectifs de sorte qu'il peut aboutir à une fragilité de leur équilibre psychique.

Toutefois, la répartition des patients selon la profession a relevé une majorité des élèves et étudiants avec 63 %. Cela peut s'expliquer par le fait que notre population d'étude (adolescents) a un âge qui correspond à la période de scolarisation. Cependant, la difficulté de concentration, la perte d'intérêt et la fatigue induites par ces troubles peuvent les emmener à ne pas terminer leur cursus et à hypothéquer ainsi leur avenir social.

La répartition des patients selon le lieu de résidence montre que 81,4% résidaient à Abidjan (Tableau III). Ce fort taux pourrait être rattaché au cadre de notre étude qui est le district d'Abidjan.

En considérant le revenu mensuel des parents des patients (Tableau IV), il ressort que 44,4% des patients avaient des parents avec un revenu mensuel moyen. Cela pourrait être un bon facteur dans la prise en charge des patients si la famille y adhère dans la mesure où elle pourra faire face aux demandes des praticiens (ordonnances, examens paracliniques, etc.). C'est ce que Ladame [10] et Jeammet [9] soulignent en estimant que « la prise en charge d'un adolescent doit être menée avec l'adolescent bien sûr mais aussi avec sa famille ». Par contre 37% des patients

avaient des parents de revenu faible, facteur inquiétant car prédisposant à une mauvaise observance du traitement.

**2- Caractéristiques cliniques :** La majorité des adolescents de l'étude a été adressée par leur famille. Ce fort taux traduirait-il que la population est sensibilisée sur l'existence des structures spécialisées pour la prise en charge de la maladie ? L'abord des motifs de consultation a mis en évidence une prédominance des symptômes suivants : idées délirantes et insomnies. Ces résultats sont comparables à ceux de Yao [15] qui trouvent une prédominance des insomnies (52,6%) suivis des troubles du comportement avec (44,8%). Ces motifs sont gênants pour l'entourage qui les adresse dans les différents centres de soins pour une prise en charge.

Chez un tiers des adolescents, un antécédent psychiatrique personnel et familial était retrouvé. Y aurait-il un lien entre les pathologies observées chez l'adolescent et celles présentées par la famille ? cette étude n'ayant pas de données suffisantes sur le lien probable ne pourrait répondre à cette interrogation. Ces antécédents auraient pu orienter vers les schizophrénies ou les psychoses maniaco-dépressives.

La répartition des patients selon le diagnostic a mis en évidence (Tableau IV). Ces résultats sont différents de ceux de Yao [15] qui montre une prédominance des troubles de l'humeur avec 31,5% suivis des sujets schizophrènes (24,1%). Cette différence pourrait être due au fait que Yao [15] a travaillé sur un effectif plus grand que le nôtre et sur une plus longue période. La prédominance des sujets schizophrènes est en harmonie avec la littérature [6 ; 7 ; 8] qui situe l'âge de survenue en dessous de 25 ans alors que la population d'étude est âgée de 16 à 22 ans.

L'interprétation de la famille a révélé que 51,9% des parents interprétaient la maladie comme étant d'origine naturelle contre 48,1% d'origine mystique. En fonction de l'interprétation que la famille a de la maladie, les patients auront une première demande de soins. Quand ils n'auront pas été satisfaits, ils se tourneront vers d'autres centres de soins.

Etant donné que, la plupart des patients qui avaient un long suivi médical, leur durée de prise en charge s'est située entre 6 et 18 mois. En effet, la maladie mentale nécessite une prise en charge continue et régulière sur une longue période ; ce facteur pourrait être à l'origine d'une mauvaise observance du traitement entraînant ainsi une évolution défavorable de la maladie.

**3- Itinéraires thérapeutiques :** La majorité des patients avait déjà eu recours à au moins un centre de soins avant d'arriver au DHM. L'analyse des résultats de l'étude a montré que

33,3% des patients avait eu comme premier recours les tradithérapeutes, 25,5% les centres de soins conventionnels. Ces résultats sont différents de ceux de Vanié [13] qui relevaient que 50,9% des patients auraient eu recours à une structure médicale comme premier choix contre 16,3% qui auraient eu recours à une structure médicale non conventionnelle. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que Vanié [13] a travaillé sur les pathologies non psychiatriques. En plus, les familles, les usagers, mais aussi les autres institutions reprochent à la psychiatrie son impuissance parce qu'elle ne guérirait pas toujours, tout de suite et demanderait aux adultes responsables de jeunes malades de lui offrir un environnement sécurisé, apte à entourer sa guérison [5].

Ainsi, les adolescents étant sous la tutelle des parents qui avaient cette culture traditionnelle, ne jouant qu'un rôle d'exécutant puisqu'on sait que dans la majorité des cas, c'était les familles qui avaient référé les patients. Le faible niveau économique des populations ne les conduirait-il pas vers l'usage de la tradithérapie? Nous pourrions répondre par l'affirmative car en prenant en considération le niveau économique et la première orientation thérapeutique, il a été constaté que parmi 37% des patients qui avaient un niveau économique faible, 18,5% s'étaient directement rendus chez les tradithérapeutes; et 18,5% d'autres patients dans les églises. Ce chiffre ne cesse d'augmenter depuis ces dernières années [1; 2]. Cela serait peut-être dû à un développement accru des centres de soins religieux et la publicité faite par les médias concernant les campagnes d'exorcisme réalisées dans les différents lieux de culte. Face à tout cela, il serait important de sensibiliser plus la population aux consultations immédiates dans les centres de soins conventionnels dans la mesure où une affection psychiatrique pourrait avoir une cause organique et nécessiter une prise en charge en milieu médical spécialisé.

L'abord de l'itinéraire selon la religion a révélé que parmi les 55,5% des patients chrétiens, 14,8% s'étaient rendus en premier recours autant chez le tradithérapeute, dans les centres de soins psychiatriques qu'à l'église. Seulement 11,1% d'entre eux s'étaient directement rendus dans les centres de soins conventionnels. Ces taux laissent supposer que la croyance chrétienne n'influencerait pas l'itinéraire thérapeutique (Tableau IV).

Considérant le revenu mensuel et la première orientation thérapeutique, les patients dont les parents ont un revenu mensuel faible s'étaient rendus en premier lieu chez les tradithérapeutes (18,5%) et que les patients dont les parents ont un revenu mensuel moyen

s'étaient rendus en premier lieu dans les centres de soins conventionnels (14,8%). Cela laisserait supposer qu'il existe un lien entre le revenu mensuel des parents et la première orientation thérapeutique car selon les études réalisées par Ampofo [2] et Séka [12], le moindre coût des prestations et le bon accueil du tradithérapeute expliquent en majorité l'intérêt et la confiance suscitée par les populations dans la médecine traditionnelle (Tableau IV).

La répartition des patients selon le diagnostic et la première orientation thérapeutique a noté la prédominance des patients atteints de schizophrénies (40,7%) qui ont eu comme premier recours, les centres de soins conventionnels (14,8%) car la sémiologie de la schizophrénie est beaucoup plus riche. Et 11,1% s'étaient rendus en premier lieu autant chez les tradithérapeutes que dans les autres centres de soins psychiatriques. Cet équilibre plaide pour une réflexion en vue d'insérer les centres de soins traditionnelles dans les relais de la prise en charge des troubles mentaux, surtout des psychoses chroniques. Parmi les 11,1%, les épileptiques s'étaient rendus en majorité chez le tradithérapeute (7,4%). L'épilepsie serait une pathologie assez bien connue des tradithérapeutes et assimilée souvent à une pathologie d'origine mystique. Les centres de soins psychiatriques ont été sollicités uniquement par les accès maniaques (11,1%). Ce constat serait dû au fait que la symptomatologie maniaque est bruyante et les méthodes sédatives sont plus développées au sein des unités psychiatriques [3; 15] que dans les centres traditionnels qui ont souvent recours à la contention (Tableau IV).

Par ailleurs, il existerait un certain lien entre la première orientation et l'interprétation de la maladie. Les centres de soins conventionnels (11,1%) et les autres centres de soins psychiatriques (18,5%) étaient les plus sollicités chez les patients dont les familles pensent que leur maladie est d'origine naturelle. Ensuite, Parmi 48,1% de pensées d'origine mystique, 14,8% se sont rendus autant dans les églises que chez les tradithérapeutes (Tableau IV).

## CONCLUSION

Le but de l'étude étant d'étudier l'itinéraire thérapeutique des adolescents consultant au DHM, sa spécificité portait sur les raisons des itinéraires thérapeutiques longs et les premiers centres de santé sollicités avant le DHM.

Il ressort de cette étude que le profil des adolescents était de sexe masculin, pour la plupart des élèves et des étudiants. Aussi, la majorité des patients avaient été référés par leur famille et la schizophrénie représentait la principale pathologie. Cependant, la tendance

à choisir en premier recours les tradithérapeutes devrait interpellier les autorités sur la nécessité de les intégrer comme de possibles relais dans la prise en charge des troubles mentaux et surtout des psychoses chroniques. La mise en pratique des recommandations s'avère urgente pour améliorer l'état de santé mentale des adolescents.

## REFERENCES

**1- Amani KLS.** Itinéraires thérapeutiques des patients consultant en hygiène mentale. [Thèse Méd.]. Abidjan, 2000, n°2425, 102p.

**2- Ampofo O, Johnson RFP.** Médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique. Cah. Techn. Afro., 1978 ; 12 : 48p.

**3- Apia AF.** La qualité des soins en psychiatrie au Dispensaire d'Hygiène Mentale de l'INSP d'Abidjan. [Thèse Méd.]. Abidjan, 2002, n°3053, 103p.

**4- Atté MF.** Difficultés dans la prise en charge des troubles psychiques chez l'adolescent. [Thèse Méd.]. Abidjan, 2003, n°3339, 78p.

**5- Danielle JM, Hélène SM.** Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adolescents souffrant de troubles psychiatriques. Rapport N° 2004027, 2004.

**6- Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull CM.** American psychiatric association mini DSM IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Paris : Masson J; 1996 ; 147-60.

**7- Haut Comité de la Santé Publique de France.** La souffrance psychique des adolescents, Ed. ENSP, 2000. disponible sur internet : <http://editions.Ensp.fr>

**8- Jeammet P.** Réalité interne et réalité externe. Importance de leur articulation à l'adolescence. Rev. Franç. Psychanal. 3-4, 1980.

**9- Jeammet P, Reynaud M, Consoli S.** L'adolescence : deuxième étape du processus de séparation individualisation. Abrégés de psychologie médicale. Paris, Masson, 1970pp 102-9.

**10- Ladame F, Jeammet P.** La psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui. Edit. PUF, N°31397, 1986. 65-80.

**11. Marcelli D, Braconnier A.** Adolescence et psychopathologie, 4<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris, 1995, pp. 3-38 et pp 86-128.

**12. Séka JL.** Contribution de la médecine traditionnelle dans la prise en charge des malades mentaux. [Thèse Méd.]. Abidjan, 2000, n°2503, 115p.

**13. Vanié Bi FEJG.** Itinéraire des malades reçus aux urgences de médecine du CHU de Bouaké et délais de consultation des structures médicales conventionnelles. [Thèse Méd.]. Abidjan, 1997, n°1904, 88p.

**14. Widlocher D.** La question du normal et du pathologique à l'adolescence. Revue de Neuropsychiatrie infantile ; 1978, 26, 533-37.

**15. Yao YP, Yéo-Tenena YJM, Ipou YS, Koné T, Cardenat M, Delafosse RCJ.** Prescription des psychotropes chez les adolescents: aspects indicatifs et évolutifs à propos de 270 cas colligés au Dispensaire d'Hygiène Mentale (DHM) de l'INSP d'Abidjan. Afrique BioMédicale (ABM), volume 9, n°1, 2004, 56-61.

**Tableau I :** Répartition des adolescents selon du sexe

Sexe	Effectif (n)	%
Masculin	18	66,7
Féminin	9	33,3
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

**Tableau II :** Répartition des adolescents selon les tranches d'âges

Tranches d'âges (ans)	Effectif (n)	%
16-17	7	26,0
18-19	3	11,1
20-21	8	29,6
22	9	33,3
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

**Tableau III :** Répartition des adolescents selon le lieu de résidence

Lieu de résidence	Effectif (n)	%
Abidjan	22	81,5
Autres villes du pays	3	11,1
village	1	3,7
Mali	1	3,7
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

**Tableau IV** : Répartition des adolescents selon leurs déterminants de la première orientation thérapeutique au dispensaire d'hygiène mentale

<b>Determinants</b>	<b>Premières orientations</b>	<b>Centres de soins conventionnels</b>	<b>Traditionnelle</b>	<b>Eglise</b>	<b>Total</b>
Schizophrénies	7 (25,9%)	3 (11,1%)	1 (3,7%)		<b>11</b>
Troubles psychotiques brefs	1 (3,7%)	–	2 (7,4%)		<b>3</b>
Accès maniaque	3 (11,1%)	–	–		<b>3</b>
Epilepsie	1 (3,7%)	2 (7,4%)	–		<b>3</b>
Dépression	1 (3,7%)	2 (7,4%)	1 (3,7%)		<b>4</b>
Personnalité antisociale et Toxicomanie	–	2 (7,4%)	1 (3,7%)		<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>5</b>		<b>27</b>
<b>Revenus mensuels (Fcf)</b>					
Faible ] 0 ; 100 000 ]	3 (11,1%)	5 (18,5%)	2 (7,4%)		<b>10</b>
Modeste ] 100 000 ; 200 000 ]	3 (11,1%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)		<b>5</b>
Moyen ] 200 000 ; 500 000 ]	7 (25,9%)	3 (11,1%)	2 (7,4%)		<b>12</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>5</b>		<b>27</b>
<b>Religion</b>					
Chrétien	7 (25,9%)	4 (14,8%)	4 (14,8%)		<b>15</b>
Musulman	1 (3,7%)	4 (14,8%)	–		<b>5</b>
Sans religion	1 (3,7%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)		<b>3</b>
Autres	4 (11,8%)	–	–		<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>5</b>		<b>27</b>
<b>Interprétations de la maladie par les familles</b>					
Maladie naturelle	8 (29,6%)	5 (18,5%)	1 (3,7%)		<b>14</b>
Maladie mystique	5 (18,5%)	4 (14,8%)	4 (14,8%)		<b>13</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>5</b>		<b>27</b>